

**AUTORIZACIÓN PARA DAR INFORMACIÓN MÉDICA**  
(Para la División de Financiamiento de Asistencia Médica y el Departamento de  
Workforce Services para revelar información médica)

(For Health Care Financing and the Department of Workforce Services to Disclose Information)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Nombre del cliente/ Client name # de seguro social/ SSN fecha de nacimiento/DOB

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo al Departamento de Salud del Estado de Utah,  
I, (cliente o representante/client or representative), hereby authorize the Utah Department of Health,

mediante su División de Financiamiento de Asistencia Médica o el Departamento de Workforce Services  
(DWS) para revelar información médica específica de

through its Division of Health Care Financing or the Department of Workforce Services to disclose specific health information from

los archivos del mencionado cliente a: \_\_\_\_\_  
the records of the above mentioned client: (persona u organización que recibe la información/person or organization receiving the information)

Descripción específica de la información médica a ser revelada es: \_\_\_\_\_  
(The specific health information authorized for disclosure is)

El propósito de la información es: \_\_\_\_\_  
(The purpose of the disclosure is)

Entiendo que esta autorización se vence en la siguiente fecha, situación, o condición: \_\_\_\_\_  
(I understand that this authorization will expire on the following date, event, or condition)

Entiendo que si no especifico una fecha de vencimiento o condición, esta autorización es válida por el periodo de tiempo necesario. También entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, a través de una nota escrita al Oficial de Privacidad encargado como esta especificado en el Aviso de Normas de Privacidad entregado al cliente (puede pedir una copia de este aviso al momento de llenar esta autorización). Entiendo que la anulación de esta autorización no afecta una acción ya tomada por la División de Financiamiento de Asistencia Médica (Department of Health Care Financing- DHCF) o DWS. Entiendo que puedo negar de firmar esta autorización. También entiendo que el DHCF o DWS no pueden negar tratamiento, pagos, inscripción en un plan de salud, ni beneficios si me niego a firmar esta autorización.

Entiendo que una vez revelada la información concerniente a esta autorización, es posible que no continúe siendo protegida por la ley de privacidad médica federal y que pueda volver a ser usada por la persona o agencia que la recibe.

Entiendo que puedo solicitar una copia de esta autorización firmada.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Firma del cliente o representante autorizado Fecha

Si esta firmado por un representante autorizado, describa la autoridad que tiene: \_\_\_\_\_